

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ**

*Дятлова А.М., Алексеенко Ю.В., Глушанко В.С.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Наиболее сложной и ответственной задачей является быстрая диагностика типа мозгового инсульта (МИ), что имеет существенное значение для определения дальнейшей тактики ведения больного. На основании комплексного анализа анамнестических данных, оценки объективного и неврологического статуса, разграничение типа инсульта опытным врачом, оказывается ошибочным в среднем у каждого четвертого-пятого больного [1]. Поэтому важное значение имеет использование современных диагностических методов, а

именно компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), которые являются международным стандартом для ранней диагностики инсульта и его типа [2].

С целью выявления особенностей диагностики МИ изучены объем, сроки выполнения и информативность некоторых диагностических мероприятий, необходимых для точного установления диагноза. Объектом исследования явились 251 больной с инфарктом мозга (ИМ) и 75 больных с геморрагическим инсультом (ГИ), из них 12 человек – с субарахноидальным кровоизлиянием (САК) и 63 больных – с внутримозговым кровоизлиянием (ВМК), находившихся на лечении в неврологических отделениях г. Витебска в 2001-2002 гг.

Нейровизуализационные исследования выполнены у 32,0% больных ГИ (22 больным с ВМК и 2 больным с САК) и у 16,3% (41 человек) больных ИМ. В первые 5 дней от момента поступления больного в стационар данные обследования сделаны у 29,2% пациентов, 6-14 дней – у 50,8%, более 14 дней – у 20,0% больных. Полное совпадение между клиническими признаками и данными томографии было в 50 (76,9%) случаях, причем в 29 случаях обнаружены очаги ИМ, в 21 случае – очаги ВМК. У 3 больных с ГИ после проведения томографии с внутривенным контрастированием сосудов головного мозга исключена аневризматическая этиология кровоизлияния. У 12 (29,3%) пациентов очагов инфаркта при проведении КТ или МРТ обнаружено не было, несмотря на отчетливые клинические данные, чаще это наблюдалось при нарушении кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне (8 случаев). Возможно, это связано с тем, что в 7 случаях нейровизуализационные исследования проводились позднее 2 недель от начала заболевания. По данным литературы, нейровизуализация ИМ возрастает спустя 10 часов от начала заболевания до конца 2 недели, а затем очаг поражения становится невидимым за счет снятия отека и уменьшения своих размеров [3].

Следует отметить, что при проведении нами с группой экспертов неврологов оценки степени соответствия между клиническими признаками заболевания и установленной локализацией ИМ в 17,5% случаях выявлено, что диагностика ИМ в вертебрально-базилярном бассейне была ошибочная. У данных пациентов неправильно трактовались такие клинические признаки заболевания как головокружение, нарушение равновесия, которое может наблюдаться не только в результате вертебрально-базилярной ишемии, а также

атаксия конечностей, которая при уменьшении выраженности пареза, может быть проявлением нарушения кортико-спинального контроля.

Исследование спинномозговой жидкости для дифференциации типа инсульта проведено у 81,3% больных с ГИ и у 16,7% больных ИМ, причем у большинства из них в первые двое суток от момента поступления (75,4% и 83,3% соответственно). В 4,6% случаев от люмбальной пункции отказались пациенты или их родственники, у одного больного люмбальную пункцию провести не удалось.

Эхоэнцефалоскопия выполнена у 88,0% больных ГИ и 61,4% больных ИМ ( $p < 0,001$ ). На основании данных эхоэнцефалоскопии, которая была выполнена всем больным с ВМК, смещение срединных структур головного мозга более 3 мм наблюдалось в 38,1% случаев. В то время как у больных ИМ аналогичные изменения выявлены в 7,8% наблюдений. Следует отметить, что среди больных с ВМК, имеющих смещение м-эхо более 3 мм, летальные исходы развились достоверно чаще ( $p < 0,001$ ), чем у больных, у которых смещение м-эхо не выявлено – в 87,5% (21 человек) и в 41,0% (16 человек) случаев, соответственно. В большинстве случаев эхоэнцефалоскопия проводилась в первые двое суток с момента поступления больного в стационар, как при ГИ, так и при ИМ (71,2% и 65,6%).

У 66,7% больных геморрагический тип инсульта был установлен после выполнения люмбальной пункции. В 17,3% случаях ВМК установлено после проведения КТ или МРТ головного мозга. У 14,7% больных для уточнения характера инсульта и исключения другой патологии выполнены оба метода диагностики. Среди больных с ГИ, которым выполнена люмбальная пункция, в 6,6% случаев примесь крови в ликворе обнаружена не была. Учитывая смещение м-эхо более 3 мм и наличие менингеального синдрома у данных пациентов, было проведено нейровизуализационное исследование головного мозга и диагностировано ВМК. У одного (1,2%) больного паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние установлено после проведения патологоанатомического вскрытия. Геморрагический тип инсульта был определен у 24,6% больных позднее вторых суток от момента госпитализации больного.

Каротидная ангиография проведена у 11 (3,4%) больных с МИ с целью выявления артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций, дифференциальной диагностики с субдуральной гематомой или опухолью головного мозга. Из них у 4 человек была обнаружена артериальная аневризма. У 17,1% больных с МИ была выполнена краниография с целью исключения повреждения костей черепа, которые больные могли получить при падении из-за быстрой утраты сознания при острейшем развитии заболевания, а также с

целью дифференциальной диагностики с черепно-мозговой травмой. У больных с ГИ рентгенография черепа выполнялась чаще, чем у больных ИМ (34,7% и 12,0%;  $p < 0,001$ ), что связано с необходимостью проведения дифференциальной диагностики с внутримозговым кровоизлиянием травматического генеза. Около половины больным ГИ и ИМ краниография была выполнена в первые сутки от момента поступления в стационар (57,7% и 53,3%). Ультразвуковая доплерография интра- и экстрацеребральных сосудов проведена у 19,5% больных ИМ. Среди них стенозирующее поражение сосудов головного мозга или их окклюзия выявлены в 42,9% случаев, изменение линейной скорости кровотока – в 44,9% случаев.

На основании представленных результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. На стационарном этапе геморрагический тип инсульта был установлен только на основании данных люмбальной пункции у 66,7% больных, с дополнительным использованием нейровизуализации головного мозга в 14,7% случаев. В 17,3% случаев внутримозговое кровоизлияние диагностировано после выполнения КТ или МРТ головного мозга.

2. При проведении экспертной оценки правильности диагностики инсульта в 17,5% случаях выявлена ошибочная диагностика локализации инфаркта мозга в вертебрально-базиллярном бассейне, что связано с неправильной трактовкой таких клинических признаков заболевания, как головокружения и атаксии, которые могут также присутствовать при локализации поражения в бассейнах передней и средней мозговой артерии.

3. На основании проведенного анализа адекватности проведенных диагностических мероприятий можно выделить следующие направления по совершенствованию диагностического этапа стационарной медицинской помощи больным с МИ: ранняя диагностика типа, причины и этиопатогенетического варианта МИ с использованием современных диагностических методов исследования, улучшение материально-технического обеспечения диагностического процесса (КТ, МРТ, ультразвуковая доплерография), а также соблюдение и совершенствование стандартов диагностики больных МИ.

Литература:

1. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. Инсульт: оценка проблемы // Неврол. журн. – 1999 – Т. 4, № 5. – С. 4–7.
2. Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Пер. с англ. – М.: «Из-во Бином», 1999. – 672 с.
3. Уорлоу Д. Нейровизуализация при инсульте: достижения и преимущества // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Вып. 8 – С. 35–37.